FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1925-1926

THÈSE

N° 17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 12 Avril 1926, à 6 heures

PAR

PICQUET (Paul-Louis-Alexis-Fidèle)

Né le 24 Février 1900, à Roubaix

Contribution à l'étude du

Varicocèle Pelvien

(ou Utéro-Ovarien)

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la thèse : M. LE FORT

Suffragants MM. VANVERTS
Ed. DOUMER

1926
IMP. DURANT ET Cie
204, Rue Solférino,
LILLE

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1925-1926

THÈSE

N° 17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 12 Avril 1926, à 6 heures

PAR

PICQUET (Paul-Louis-Alexis-Fidèle)

Né le 24 Février 1900, à Roubaix

Contribution à l'étude du

Varicocèle Pelvien

(ou Utéro-Ovarien)

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la thèse : M. LE FORT

Suffragants MM. VANVERTS
Ed. DOUMER

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

1926
IMP. DURANT ET Cie
204, Rue Solférino,
LILLE

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. P. CHARMEIL (✻, I. ⚘). — Assesseur : M. GÉRARD E. (✻, I. ⚘)

Clinique médicale	MM. LEMOINE (✻, I. ⚘),	professeur
	COMBEMALE (O. ✻, I. ⚘, M),	id.
Clinique chirurgicale	GAUDIER (✻, ⚚, I. ⚘),	id.
	LAMBRET (O. ✻, I. ⚘),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	CHARMEIL (✻, I. ⚘),	id.
Clinique obstétricale	BUÉ (✻, I. ⚘),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	SURMONT (✻, I. ⚘, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	POTEL (✻, ⚚, I. ⚘),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale.	CURTIS (✻, I. ⚘),	id.
Physiologie	DUBOIS (I. ⚘),	id.
Anatomie	DEBIERRE (✻, I ⚘),	id.
Histologie.	LAGUESSE (✻, I. ⚘),	id.
Chimie minerale et Toxicologie.	VALIÉE (✻, I. ⚘),	id.
Chimie organique	POLONOVSKI (A. ⚘, ⚕)	id.
Physique médicale	DOUMER (✻, I. ⚘),	id.
Matière médicale et Botanique	FOCKEU (✻, I. ⚘, ⚕, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie	GÉRARD (Ernest) (✻, I. ⚘),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutiq.	DESOIL (✻, I. ⚘),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	PAUCOT (A. ⚘),	id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	LE FORT (O. ✻, ⚚, I. ⚘, O. ✠),	id.
Clinique psychiâtrique.	RAVIART (✻, I. ⚘),	id.
Clinique médicale infantile.	CARRIÈRE (✻, I. ⚘),	id.
Thérapeutique	MINET (I. ⚘),	id.
Médecine opératoire.	VANVERTS (✻, I. ⚘),	id.
Hygiène et Bactériologie	PIERRET (I. ⚘)	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :

MM. BEDART (O. ✻, I. ⚘, ✠), GÉRARD (Georges) (I. ⚘, ✠), INGELRANS (I. ⚘).

COURS COMPLEMENTAIRES

Clinique ophthalmologique	MM. GÉRARD (G.) (I. ⚘, ✠)	Chargé du Cour
Clinique des maladies du syst. nerv	INGELRANS (I. ⚘),	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DEBEYRE (✻, ⚚, I. ⚘, ✠),	id.
Crénothérapie et Climatothérapie	PIERRET René (I. ⚘),	id.
Médecine légale	LECLERCQ (✻, ⚚, I ⚘),	id.
Chimie analytique	POLONOWSKI (⚕, A. ⚘),	id.
Physique pharmaceutique	SONNEVILLE (I. ⚘),	id.
Parasitologie.	DUHOT (A. ⚘),	id.
Déontologie	BERTIN (✻, I. ⚘),	

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (C. ✻, I. ⚘), COMBEMALE (O. ✻, I. ⚘, M).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O. ✻, I. ⚘), CALMETTE (C. ✻), LESCŒUR (I. ⚘), BAUDRY (✻, I. ⚘, ✠), DUBAR (O. ✻, I. ⚘), VERDUN (✻, I. ⚘).

Agrégés en exercice :

MM. DEBEYRE (O. ✻, ⚕, I. ⚘, ✠), LECLERCQ (✻, ⚚, I. ⚘), DUHOT (A. ⚘), GÉRARD M. (⚚, I. ⚘), MORVILLEZ (A. ⚘), COMBEMALE, P. DOUMER (⚚), P. DELANNOY, PAQUET (⚕, A. ⚘), OLIVIER (✻, ⚚).

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878.)

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DU VARICOCÈLE PELVIEN

(OU UTÉRO OVARIEN)

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Sa vie de travail et de devoir,
sera notre modèle.

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A LA MÉMOIRE
DE MES DEUX PREMIERS MAITRES
DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur DELÉPINE
Professeur suppléant à la Faculté Libre

Monsieur le Docteur DE VAUGIRAUD
Professeur suppléant à la Faculté Libre

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE VENERE

Monsieur le Professeur Léon VOUTERS
Professeur de Clinique médicale à la Faculté Libre
de Lille
Médecin de l'Hôpital de la Charité
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
EXTERNAT, INTERNAT

Monsieur le Professeur DELASSUS
Professeur de pathologie externe à la Faculté Libre
de Lille
Ancien doyen de la Faculté Libre de Médecine

Monsieur le Professeur CAMELOT
Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté Libre de Lille

Monsieur le Professeur VOITURIEZ
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté Libre

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE
DE MÉDECINE DE LILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE LA CHARITÉ

JEAN LAMBLIN, GÉRARD DESBONNETS,

CHARLES HAPPE,

GEORGES VINCENT, ÉDOUARD DEROUBAIX

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURTY

Professeur suppléant à la Faculté Libre
Assistant de Clinique Chirurgicale
à l'Hôpital de la Charité
Membre correspondant national
de la Société de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur. — Croix de guerre

Il nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a aidé de ses conseils.

Hommage de profonde reconnaissance pour son enseignement, la préparation à l'internat et l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LE FORT

Officier de la Légion d'Honneur. — Croix de guerre
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Hommage de profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Définition et Historique

Le varicocèle pelvien consiste dans la dilatation permanente des veines du petit bassin et spécialement de celles du ligament large, ce qui lui a valu le nom de varicocèle tubo ovarien.

La compression des veines tubo ovariennes par une tumeur abdominale, kyste de l'ovaire ou fibro-myome utérin le plus généralement, provoque la dilatation du système veineux pelvien.

Des adhérences péritonéales, comme l'a montré Coé, peuvent jouer le même rôle.

Il s'agit alors d'un varicocèle symptomatique, d'un accident de compression : là n'est pas le sujet de notre étude, nous laisserons de côté ce varicocèle secondaire et limiterons notre travail à l'étude du varicocèle isolé, essentiel comme le nomment Chalier et Dunet.

Son étude est déjà ancienne.

En 1856, à la suite d'une autopsie, Richet en fait une description anatomique ; il note l'absence de valvules dans les veines utéro ovariennes.

En 1857, Devalz, à l'occasion du concours de prosec-

torat (Clamart) étudie les veines du petit bassin et frappé de leur fréquente dilatation, présente l'année suivante une thèse intitulée : « Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétroutérine ».

Il s'attache surtout à l'étude anatomique et conclut de ses examens la possibilité de lésions ovariennes provoquées par le varicocèle et de ruptures donnant naissance à l'hématocèle rétroutérine. Il considère la lésion au-dessus des moyens thérapeutiques : « Le traitement « du varicocèle est difficile. Dans l'état actuel de la « science on ne guérit pas les varices extérieures, que « faire contre celles qui sont si profondément cachées ? »

La même année Puech, dans un mémoire sur l'hématocèle rétroutérine invoque la rupture des varices pelviennes.

En 1878, Poncet, dans sa thèse d'agrégation sur l'hématocèle rétroutérine, invoque comme cause de celle-ci la rupture possible d'une veine variqueuse, mais il ne croit pas cette éventualité fréquente : dans la majorité des cas d'après Poncet il y a dilatation simple sans phlébosclérose ; il déplore le manque d'examens histologiques de la paroi veineuse dans les observations de varicocèle tubo ovarien.

Budin, en 1880, dans sa thèse d'agrégation sur les varices chez la femme enceinte, signale le varicocèle, le décrit, et, admet qu'il peut être le point de départ de l'hématocèle rétroutérine.

Avec Dudley, en 1888, le varicocèle entre dans la phase clinique et opératoire. Dudley présente quatre cas traités par laparotomie.

Il décrit les douleurs, les troubles menstruels, la tumeur mollasse plus facilement perceptible par le toucher rectal que par la voie vaginale.

Au point de vue étiologique il invoque la constipation, les grossesses répétées, l'arrêt de l'involution utérine.

L'ovaire subirait la dégénérescence scléro kystique comme le testicule s'oédématie et se sclérose dans le cas de varicocèle. La thérapeutique se résume pour lui en la castration.

L'année suivante, à la société obstétricale de New-York, Coé refute toutes les conclusions de Dudley : le varicocèle pelvien est une rareté, sans signes cliniques propres. Quant à la tumeur variqueuse, Coé n'a jamais pu la sentir, même sous anesthésie générale, alors que maintes fois il a pu isoler sous le doigt « l'aileron de la « trompe, la trompe, le ligament de l'ovaire, le liga- « ment rond et les artères ovariennes ».

Le varicocèle relevrait, d'après Coé, de phénomènes de compression par brides péritonéales, il ne croit pas à son action sur l'ovaire et rejette la castration pour une lésion aussi minime.

Paul Petit, en 1891, présente, à la societé obstétricale et gynécologique de Paris, une observation avec examen histologique complet.

Il insiste sur les lésions oédémateuses de l'ovaire, qu'il différencie nettement de celles de l'ovaire scléro kystique : Au niveau de l'ovaire la phlébectasie provoque comme sur le testicule l'oédème puis la sclérose.

En 1892, Roussan dans sa thèse reprend la question, il incrimine l'arthritisme et propose la castration.

Camuset, en 1909, réunit dans sa thèse inspirée par Leriche, sept observations de varicocèle pelvien. Il propose le traitement conservateur : la résection veineuse réalisée par Violet.

En 1915, Castano de Buenos-Ayres remet la question à l'ordre du jour.

Successivement en France, aux Etats-Unis, en Allemagne paraissent des observations.

Est-ce à dire que la lésion soit fréquente ?

Au cours d'autopsies, Devalz, une fois sur quatre, trouve les veines du petit bassin dilatées.

Coé considère le varicocèle comme exceptionnel.

Engelmann a pu en réunir vingt cas, Schubert trente.

Emge estime que le varicocèle est plus fréquent qu'on ne le pense : la position de Trendelenburg empêcherait de le constater assez souvent.

Nous ne retiendrons que la statistique de Cotte et M^lle^ Jezditch qui sur 650 laparotomies gynécologiques faites dans le service d'A. Polosson en ont rencontré sept cas.

Pendant une période d'un an, tant dans le service de chirurgie de l'hôpital de la Charité de Lille que dans sa clientèle privée, le D^r^ Courty a rencontré quatre cas très nets de varicocèle tubo-ovarien. Deux de ces observations ont fait l'objet d'un article dans les archives franco-belges de chirurgie. Sur le conseil du D^r^ Courty nous avons repris l'étude de cette question, y apportant deux observations inédites.

CHAPITRE II

Symptomatologie

A côté du varicocèle, coexistent fréquemment d'autres lésions : Rétroversion utérine, ovaire sclérokystique ou endométrite chronique.

Dans ces cas complexes l'étude symptomatologique est impossible : on ne peut déterminer les symptômes qui relèvent du varicocèle et ceux qui ressortent de la lésion utérine ou ovarienne.

Les observations de varicocèle pur peuvent seules servir à cette étude.

Castano et Engelmann se sont attachés surtout à l'étude clinique de l'affection.

Age

Il s'agit de femmes jeunes, généralement de 25 à 35 ans. Les âges extrêmes que nous avons rencontrés dans les observations cliniques sont 20 et 39 ans.

En un mot, l'affection évolue en pleine période d'activité génitale.

Début

Le début de l'affection peut être ancien. Dans la majorité des cas, la malade souffre depuis la puberté et les douleurs apparues à cette époque se sont peu à peu accentuées.

L'apparition et l'établissement des fonctions menstruelles sont l'origine des douleurs.

Dès l'apparition de l'écoulement mentruel, parfois quelques mois plus tard, s'établit une dysménorrhée ovarienne caractérisée essentiellement par l'exagération des phénomènes initiaux de la menstruation.

Les prodrômes des règles augmentent à la fois de durée et d'intensité.

Ces accidents ont été attribués par Richelot (1) à l'état congestif pelvien et par Dalché à l'hyper-ovarisme.

Forgue et Massabuau, à la suite d'études histologiques, rattachent ces accidents dysménorrhéïques à un hyperfonctionnement ovarien.

Les phénomènes douloureux, souvent limités à une sensation de pesanteur dans le bassin, accompagnée de tiraillements dans les lombes peuvent prendre un caractère d'acuité plus grande : on a cité parfois l'existence de météorisme : l'abdomen est tendu et douloureux.

---

(1) Les pseudo métrites des arthritiques nerveuses. Bulletin médical 1899, p. 251.

La sclérose utérine et la vraie métrite. Compte rendu à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris.. Séance du 4 mai 1900.

Les règles sont abondantes dès l'établissement de la menstruation, quelquefois cette abondance n'apparaît que quelques mois plus tard. L'écoulement sanguin dure six à huit jours, quelquefois plus et prend le caractère ménorrhagique.

En même temps que ces douleurs et ces pertes de sang et témoins de la congestion pelvienne, on observe des envies fréquentes d'uriner et parfois une poussée hémorroïdaire.

Ce caractère ménorrhagique de la menstruation peut revêtir un caractère familial ou héréditaire. La mère de la jeune malade de Chalier et Dunet avait toujours perdu abondamment et était atteinte de varices volumineuses.

A ces symptômes s'ajoute souvent un état d'instabilité et d'irritabilité du caractère.

Ce syndrome congestif pelvien a été retrouvé par Castano dans les antécédents de toutes ses malades.

Engelmann a retrouvé ces troubles dysménorrhéïques dans de nombreuses observations.

Les douleurs peuvent n'apparaître que plus tard quelquefois précédées d'une longue période d'insuffisance ovarienne avec aménorrhée, comme le notent Cotte et M^lle^ Jezditch dans deux de leurs observations.

Les douleurs peuvent commencer après un accouchement ou un avortement. Cotte insiste sur ce fait qu'il a rencontré dans deux de ses observations. Trois fois sur les quatre observations du D^r^ Courty nous relevons le même détail.

La recherche des antécédents enfin peut être absolument négative : la menstruation s'est établie réguliè-

rement et facilement, les douleurs ne sont apparues que tardivement sans qu'on puisse les rattacher à un accident quelconque de la vie génitale.

Période d'état.

Symptômes subjectifs

A la période d'état, il s'agit essentiellement d'un syndrôme pelvien douloureux, d'algies pelviennes comparables à celles de l'ovaire sclérokystique. Les douleurs précèdent et accompagnent les règles et constituent un syndrôme de dysménorrhée congestive très marqué que nous avons décrit dans le début de l'affection. Les efforts, la marche, le moindre travail deviennent impossibles pendant les jours qui précèdent les règles et pendant toute la période menstruelle : les malades sont forcées de garder le lit.

Ce sont des douleurs vives et lancinantes dans le bassin avec irradiations constantes dans les lombes.

L'acuité de cette douleur dans les reins est un fait d'une remarquable constance.

Dudley l'avait remarquée et la décrit en ces termes : « Is a pain of a particuliar dull, aching character, « extending up the side of the kidney ».

Ces douleurs sont tantôt bilatérales, d'intensité égale des deux côtés, tantôt plus marquées ou limitées du côté gauche.

La veine utéro ovarienne gauche aboutit à la veine rénale : toute congestion utéro ovarienne ou du système vasculaire pelvien explique cette douleur par tiraillement du pédicule rénal et des plexus nerveux.

Après avoir été limitées à la période menstruelle ces douleurs s'étendent dans le temps et finissent par devenir permanentes.

Elles réapparaissent ou augmentent d'intensité à l'occasion des efforts. La malade de Chalier et Dunet souffrait quand elle soulevait un objet pesant en même temps qu'elle éprouvait une sensation de plénitude dans la fosse iliaque gauche.

En général les fatigues, les longues stations debout ou assis, la marche prolongée, la constipation, toutes causes de congestion pelvienne d'après Richelot, aggravent la douleur.

Le repos au contraire atténue ou supprime la douleur mais bien plus que le repos lui-même, la position allongée.

La position assise ne calme pas la douleur, le décubitus la fait disparaître, la station debout provoque immédiatement sa réapparition.

Dudley avait déjà insisté sur cette particularité et y attachait une grande importance pour le diagnostic.

Un autre fait mérite d'être signalé, c'est la diminution ou la disparition de la douleur au moment où s'établit l'écoulement menstruel. Nous avons noté deux fois cette particularité qui fait partie du syndrôme de dysménorrhée congestive.

Les douleurs enfin peuvent prendre un caractère particulier : apparition et terminaison brusques, véritables crises se répétant à intervalles plus ou moins longs et réguliers.

Une malade de Cotte et M^lle^ Jezditch présentait ces

crises à peu près régulièrement tous les huit jours, elles ne duraient que quelques heures.

C'est l'acuité de ces douleurs qui détermine les malades à consulter et à réclamer une intervention chirurgicale.

L'abondance des règles marche de pair avec les douleurs : hémorragies et douleurs sont les symptômes constants de toutes les observations. Les règles durent six à sept jours, quelquefois plus avec un caractère d'abondance remarquable : ce sont des ménorrhagies.

Parfois viennent se surajouter des « règles de quinzaine ». On a signalé des métrorragies : une malade de Cotte et Mlle Jezditch, perdait presque continuellement, mais c'est un signe beaucoup plus rare : une malade du Dr Courty présentait également des métrorragies mais les lésions utérines suffisaient à les expliquer.

Dans l'intervalle des pertes de sang, Castano insiste sur la fréquence et l'abondance des pertes blanches : il s'agit d'une leucorrhée abondante qu'on ne peut rattacher à des causes inflammatoires.

La congestion des réseaux vasculaires des muqueuses génitales provoque, d'après Gallard, « une transsudation du sérum qui entraîne avec lui les cellules « épithéliales dégénérées ».

Castano invoque la même étiologie, cette leucorrhée ne serait, d'après lui, qu'une « surproduction glandulaire due à la grande congestion permanente ». « Avec la congestion et la névralgie marchent de pair « le catarrhe utérin et la leucorrhée abondante » (Richelot).

Ce symptôme avait déjà été noté dès les premières observations de Roussan et de Camuset.

D'autres symptômes de moindre importance viennent parfois s'ajouter : le ténesme rectal avec faux besoins et les envies fréquentes d'uriner, symptômes communs de la congestion pelvienne.

Castano insiste beaucoup sur un autre signe, auquel il attache une grosse valeur, c'est la dyspareunie ou douleur au coït :

« Ces malades, par suite de la congestion pelvienne « des plexus qui entourent le clitoris, éprouvent une « sensation voluptueuse permanente qui se réveille à la « moindre excitation et qu'elles ne peuvent satisfaire « parce qu'immédiatement avant de commencer le coït, « il se produit une douleur violente qui oblige à sus « pendre l'acte sexuel. »

Ni Roussan, ni Camuset ne signalent ce symptôme, Castano le retrouve dans toutes ses observations, Cotte et Mlle Jezditch ne le signalent que deux fois sur sept. Nous l'avons retrouvé dans les quatre observations du Dr Courty.

Signes physiques

L'examen somatique pourra révéler l'existence de varices des membres inférieurs, de varices abdominales. Comme dans une observation du Dr Courty, varices qui nécessitèrent une hémostase très soignée de la paroi. Parfois il existe des hémorroïdes.

On notera aussi dans quelques cas l'exagération de la circulation veineuse de la vulve, sous forme de vari-

cosités ou d'une coloration violacée comparable à celle qui accompagne la grossesse.

Mais le plus souvent l'examen génital se résume au réveil de la douleur par le toucher et parfois mais rarement à la constatation d'une tumeur mollasse dans l'un ou les deux culs de sac latéraux.

La seule introduction du doigt dans le vagin provoque parfois des douleurs intolérables avec cris et réaction de défense de la malade. Dans les quatre observations du Dr Courty cette douleur au toucher était des plus nette.

Tantôt les douleurs sont diffuses, étendues à tout le vagin, tantôt elles sont localisées.

Dans le cul de sac de Douglas, la pression sur les ligaments utéro sacrés, peut provoquer une douleur intense : C'est le « signe de l'Esplanade » de Jayle (1).

Ou bien le toucher peut révéler une douleur dans l'un ou les deux culs de sac, sur un ovaire ou sans qu'on puisse percevoir celui-ci.

Enfin on pourra provoquer la « douleur érotique » de Castano « en touchant légèrement et en pressant les « parois vaginales latérales sur le releveur de l'anus, « la malade éprouve alors une douleur vive qui provo- « que parfois des cris et des contorsions en même « temps qu'une sensation voluptueuse ».

Quant à la constatation de la tumeur par le toucher, elle manque dans la plupart des observations.

Au cours de l'autopsie d'une femme morte d'un

---

(1) Le rèflexe de l'«Esplanade » ou rèflexe pelvien. « Presse médicale » 1923, p. 725

cancer de l'estomac et qui avait eu huit enfants, Richet constata l'existence d'un varicocèle tubo ovarien bilatéral.

Pratiquant le toucher il constata qu'il permettait d'apprécier sur les côtés de l'utérus « la mollesse de la « tumeur qui donnait la sensation de fongosités molles « et pâteuses plutôt que d'une véritable fluctuation ».

Budin a pu percevoir par le toucher, avant une opération césarienne, les veines dilatées du plexus pampiniforme.

Emge caractérise la tumeur en ces termes : « Elle est « plus molle qu'une salpingite ou qu'une grossesse « tubaire ».

Dudley et Devalz avaient signalé cette tumeur.

Camuset la compare à la tumeur molle et pâteuse du varicocèle de l'homme.

Mais fait sur lequel insiste Castano, il faut pour percevoir la tumeur, pratiquer le toucher sur la malade debout : le poids de la colonne sanguine accru par l'absence de valvules se fait sentir sur les veines du petit bassin et les rend turgescentes : la position allongée au contraire, favorisant le retour du sang diminue ou supprime le signe du toucher. Le toucher dans la position debout manque malheureusement dans la majorité des observations.

Le toucher rectal permet de mieux percevoir la tumeur. C'est par le toucher rectal que Chalier et Dunet ont pu sentir un empâtement dans le cul de sac latéral gauche mais ils n'ont pu le retrouver quelques jours après, la malade ayant gardé le lit depuis l'examen précédent.

La technique à suivre d'après Castano, consiste à toucher la malade debout, et, après avoir constaté la tumeur, pratiquer de nouveau le toucher en position couchée : celui-ci démontre en même temps que la diminution ou la disparition des douleurs subjectives, la disparition de la tumeur.

Chalier recommande l'examen debout après avoir fait faire une petite marche à la malade, manœuvre qui ne fera qu'exagérer la réplétion des veines.

Pour lui, le toucher debout ayant démontré l'existence du varicocèle, devra être refait immédiatement après avoir fait coucher la malade, puis quelques minutes plus tard car le varicocèle peut ne pas disparaître immédiatement.

CHAPITRE III

Discussion des Symptômes et Diagnostic

Castano et Engelmann insistent sur la symptomatologie subjective et lui accordent une grosse valeur pour le diagnostic.

Par l'analyse de ses observations, Castano, résume en quatre points la symptomatologie du varicocèle :

1° Douleur érotique ;

2° Dyspareunie ;

3° Dysménorrhée ;

4° Leucorrhée à type hydrorrhée.

La coexistence de ces quatre symptômes serait pour Castano absolument caractéristique du varicocèle.

Cette symptomatologie est loin d'être toujours complète. Cotte fait remarquer que s'il l'a trouvée dans deux cas, elle était tout à fait incomplète dans cinq autres.

On note quelquefois l'absence de dyspareunie. Les observations de Roussan, Petit, Camuset n'en font pas mention.

Il faut arriver aux observations de Castano pour la voir signalée. Après lui elle a été recherchée systématiquement. Engelmann la retrouve presque constamment, mais les observations françaises ne lui donnent pas la même fréquence.

Cotte et Mlle Jezditch n'ont rencontré que deux fois cette dyspareunie, l'interrogatoire des malades était absolument négative à ce sujet.

Dans deux cas de varicocèle qu'il a eu l'occasion d'observer, Auvray n'en fait pas mention.

Les quatre malades du Dr Courty la présentent d'une façon nette.

La douleur et l'abondance des règles sont des signes plus fréquents.

Dès les premières observations, ces phénomènes ont été signalés et décrits dans tous leurs détails : nous retrouvons la douleur irradiée dans les reins dans toutes les observations.

Quant à la leucorrhée elle a été signalée par Dudley, Coé, Roussan, Camuset, avec les caractères d'abondance et de véritable hydrorrhée sur lesquels a insisté Castano, mais ce signe manque dans de nombreuses observations.

Dans les deux premières observations de Cotte et Mlle Jezditch qui présentent si nettement le tableau clinique décrit par Castano, on ne retrouve pas cette leucorrhée.

Dans d'autres observations elle est signalée avec son

caractère d'abondance mais elle est puriforme, il existe des signes nets de métrite ; la congestion pelvienne intervient évidemment pour provoquer son abondance mais on ne peut savoir ce qui revient au facteur congestion et ce qui relève du facteur infection : C'est une leucorrhée inflammatoire qui ne peut servir pour le diagnostic.

Cette absence fréquente d'une partie des symptômes constitue la première difficulté apportée au diagnostic du varicocèle.

Si nous éliminons par l'interrogatoire, par l'évolution apyrétique de l'affection, par l'absence de signes au toucher, les lésions inflammatoires du petit bassin, nous constatons que cette symptomatologie subjective peut être commune à d'autres affections gynécologiques. Le début de l'affection au moment de la puberté, l'accroissement progressif des douleurs à chaque période mentruelle, l'intensité de la douleur, son irradiation constante dans les lombes, les ménorragies, l'état de nervosité particulier des malades ne sont, d'après Cotte et M^lle^ Jezditch que les symptômes de la congestion pelvienne décrite par Richelot.

Sous le nom de congestion primitive, évoluant chez des sujets à « hérédité arthritique », sans intervention d'un facteur inflammatoire, à la suite de fatigues, de longues stations debout, de travaux pénibles, on voit survenir, dit Richelot, des troubles menstruels, de la congestion pelvienne et vulvaire et des douleurs ; mais ces troubles douloureux sont rarement aussi prononcés que dans les cas que nous étudions.

La congestion pelvienne, comme le fait remarquer Castano est au début du syndrôme douloureux du varicocèle mais ne le constitue pas.

Par leur acuité et leur brusquerie, les douleurs prennent le type de névralgies pelviennes et leur constatation peut faire penser à la rétroversion utérine mais avant tout à l'ovaire scléro kystique.

Dans la rétroversion utérine primitive des jeunes femmes et des jeunes filles, nous retrouvons en effet cette douleur hypogastrique presque continue avec irradiations lombaires.

Ces douleurs sont augmentées par la fatigue, la marche et les longues stations debout.

Sous l'influence de la congestion pelvienne qui accompagne la rétroversion, ces douleurs peuvent atteindre une telle acuité qu'elles prennent le type de grandes névralgies pelviennes.

Ce coït est souvent douloureux : on a expliqué cette dyspareunie par la sensibilité du fond utérin prolabé dans le Douglas.

Dalché signale l'abondance des règles et parfois l'existence de métrorragies.

Ces troubles s'accompagnent de dysménorrhée qui se distingue souvent, il est vrai, de la dysménorrhee ovarienne : ce sont des coliques vives, des douleurs comparables à celles de l'accouchement, accompagnées d'irradiations douloureuses lombaires et femorales avec ténesme vésical et rectal, qui apparaissent avec l'écoulement des premières gouttes de sang : C'est une dysménorrhée de la phase utérine, les prodrômes de la menstruation ont été normaux.

La leucorrhée est fréquente. Ce tableau symptomatique est à peu près superposable à celui décrit par Castano ; il est vrai que le toucher vaginal permet de faire immédiatement le diagnostic.

Dans le cas d'ovaire scléro kystique, nous retrouvons l'apparition des douleurs au début de la vie génitale. Elles s'aggravent peu à peu et prennent au moment des règles le caractère d'acuïté que nous avons signalé dans la symptomatologie du varicocèle. Elles peuvent apparaître sous forme de crises à début et à terminaison brusques, accompagnées parfois de météorisme et d'un véritable état de péritonisme avec ventre ballonné, tendu et douloureux.

Ici encore et plus que dans la rétroversion, le coït est douloureux, quelquefois impossible: il y a dyspareunie. Le seul prolapsus de l'ovaire peut du reste provoquer ce symptôme (1).

Dans le cas d'ovaire sclérokystique, le toucher est douloureux, principalement dans les culs de sac.

On peut sentir un ovaire prolabé dans le Douglas, gros et douloureux.

Le toucher peut faire constater également cette sensation douloureuse provoquée par la pression des releveurs de l'anus. Le professeur Delassus insiste depuis de longues années sur ce signe rencontré fréquemment dans le cas de névralgie pelvienne et notamment dans l'ovaire sclérokystique.

Mais, bien souvent, le toucher sera uniquement dou-

---

(1) Lucienne Meurs. - Thèse Paris 1923. Le prolapsus de l'ovaire et ses troubles neuro-glandulaires.

loureux, sans qu'on puisse percevoir une modification quelconque de l'utérus et des annexes ; il y a disproportion entre les symptômes subjectifs et les signes objectifs. Cette identité de symptômes du varicocèle et de l'ovaire sclérokystique contribue à apporter une seconde difficulté pour le diagnostic.

Il est fréquent de remarquer la coexistence du varicocèle pelvien et de la rétroversion utérine.

Dans ce dernier cas, en effet, tous les ligaments utérins sont relâchés. Sous le feuillet péritonéal du ligament large se dessinent des veines flexueuses et dilatées qui peuvent arriver à former un véritable varicocèle.

Engelmann a insisté sur la fréquence de la rétroversion utérine dans le varicocèle ; Cotte et M^lle^ Jezditch ont insisté à leur tour sur cette constatation.

La coexistence du varicocèle et de l'ovaire sclérokystique avait attiré depuis longtemps l'attention de Dudley, Roussan, Campbell et M^me^ Stanley Boyd.

Cette coexistence du varicocèle avec la rétroversion ou avec l'ovaire sclérokystique apporte une difficulté de plus pour le diagnostic.

Mais il existe un varicocèle indépendant de toute rétroversion utérine et de toute lésion kystique ou scléreuse de l'ovaire : le varicocèle peut donner à lui seul un tableau d'algies pelviennes que la résection des varices supprime.

L'affection se présente donc comme l'ovaire scléro-

kystique, signes subjectifs intenses, signes objectifs minimes ou même totalement absents.

Comme le font remarquer Faure et Siredey, la douleur dépend autant des réactions nerveuses que des lésions anatomiques.

La raison de ces algies pelviennes est du reste peu connue. La lésion elle-même de l'ovaire sclérokystique n'est pas douloureuse d'après Forgue, l'entière indolence des ovaires sclérokystiques qui accompagnent le fibrome et les tumeurs pelviennes en est une preuve.

L'ablation des ovaires dans le cas de dégénérescence sclérokystique devrait provoquer la cessation des douleurs, or, dans 50 % des cas, d'après Forgue, il n'en est rien : « Toutes ces malades, dit Forgue, sont des névro-« pathes, elles font des névralgies qui se localisent avec « prédilection dans leur sphère génitale et état de con-« gestion chronique ».

En présence de ces algies pelviennes que l'on attribue habituellement à l'ovaire sclérokystique, en raison de la fréquence de celui-ci, il faudra songer au varicocèle pelvien.

L'exagération des douleurs dans la station debout, leur disparition rapide dans le décubitus, les phénomènes intenses de congestion pelvienne, l'intensité de la dyspareunie, la coexistence parfois d'hémorroïdes et de varices des membres inférieurs, le début de l'affection après une grossesse, seront des signes en faveur du varicocèle mais ils ne sont pas pathognomoniques.

Chez trois malades qui présentaient au complet la symptomatologie décrite par Castano, Cotte et M^lle^ Jezditch crurent pouvoir poser le diagnostic de varicocèle

tubo ovarien : l'intervention montra qu'il s'agissait d'ovaires sclérokystiques.

Un seul signe est pathognomonique, c'est la constatation par le toucher de la tumeur mollasse dans l'un ou dans les deux culs de sac. Cette constatation est très rare.

Il semble donc bien que le varicocèle tubo ovarien doive profiter du démembrement de l'ovarite sclérokystique (Courty).

Malgré les affirmations de Castano, il apparaît bien que le varicocèle pelvien, découverte opératoire dans un grand nombre de cas, ne peut être que très rarement affirmé et reste dans la plupart des cas un diagnostic de probabilité.

CHAPITRE IV

Étiologie

Chez l'homme, Callisen, Morgagni et J. L. Petit ont incriminé dans la formation du varicocèle, les particularités anatomiques des veines spermatiques, Velpeau insiste spécialement sur l'absence de valvules dans ces veines.

Ces conditions anatomiques ont été invoquées à l'origine du varicocèle tubo ovarien.

Richet et son élève Devalz surtout, se sont attachés à l'étude anatomique du varicocèle et insistent sur l'absence des valvules comme cause favorisant la dilatation veineuse.

« Ces veines, dit Richet, présentent de rares valvules « ou tout au moins des valvules très insuffisantes ».

Devalz reprend en détail l'étude des veines du petit bassin et arrive aux mêmes conclusions.

« Un fait bien plus important à signaler, à propos de « la veine utéro ovarienne, c'est l'absence, je n'ose dire « complète bien que ce soit le résultat de mon expé-

« rience et de mes recherches, mais de l'absence pres-
« que complète de valvules dans le canal.

« J'ai injecté pendant le concours de Clamart (1857),
« plusieurs veines ovariennes sans aucune difficulté
« par la veine rénale en poussant dans le sens contraire
« à celui de la marche du sang ; non seulement je
« n'éprouvais aucune résistance mais après l'injection,
« je ne trouvais point dans les veines tubo ovariennes,
« cette saillie ondulée qui indique la présence et la dis-
« tension des valvules ».

Au cours d'une autopsie d'un cas de varicocèle, après ligature de la veine cave au-dessous de l'embouchure des veines ovariennes, pour forcer le sang à s'y introduire, Richet constata, que par des pressions exercées sur le thorax, le foie, ou, directement sur la veine cave on faisait facilement gonfler les deux tumeurs variqueuses.

Castano, à l'occasion des interventions pour varicocèle, a reproduit ce reflux dans le plexus pampiniforme par la compression de la base du thorax. C'est sur l'existence de ce reflux qu'est basée la technique opératoire.

Le Dr Courty a constaté que « la simple compression
« produite par les grandes compresses que l'on place
« dans l'abdomen au cours des laparotomies gynécolo-
« giques pour limiter le champ opératoire, suffit par-
« fois pour faire apparaître dans les ligaments larges
« de nombreuses varicosités ».

Un autre fait avait attiré l'attention de Richet :

Les plexus vésicaux, vaginaux et utérins sont bien soutenus par un tissu cellulaire dense, les plexus pam-

piniformes au contraire se trouvent inclus dans un tissu cellulaire de peu de densité mal soutenu lui-même par une séreuse lâche : les parois mal soutenues des veines n'offrent qu'une faible résistance à la pression de la colonne sanguine de la veine cave inférieure.

Quelques années plus tard Dudley signale aussi cette particularité des veines du ligament large « mal soute-« nues chez la vierge et à plus forte raison chez les « femmes qui ont eu plusieurs enfants ».

Emge insiste sur ce facteur anatomique qui favorise la dilatation du système veineux pelvien.

Farabeuf signale « le volume médiocre de la veine « utéro ovarienne comparé aux branches longitudinales « du plexus pampiniforme auquel elle fait suite et qui « entoure l'artère dans sa partie basse lombo iliaque. »

C'est à gauche surtout que ces particularités anatomiques ont été invoquées comme cause de gêne circulatoire.

Le varicocèle est plus fréquent à gauche et quand il est bilatéral la lésion est généralement plus accentuée à gauche.

La veine utéro ovarienne gauche passe sous l'S iliaque, Richet, Devalz et Richelot admettent que la réplétion de ce segment intestinal, dans le cas de constipation chronique, serait capable de provoquer la compression du ligament lombo ovarien et de produire ainsi une gêne à la circulation de retour. Ce facteur étiologique invoqué également pour le varicocèle de l'homme n'est guère admis.

La fréquence du varicocèle à gauche relève surtout pour certains auteurs d'une autre disposition anatomi-

que : l'abouchement de l'utéro ovarienne gauche dans la veine rénale.

Dans 92 % des cas le varicocèle de l'homme siège du côté gauche. Chez la femme il est plus fréquent à gauche qu'à droite, environ dans la moitié des cas.

Tandis que l'utéro ovarienne droite se jette à angle très aigu dans la veine cave inférieure et que cette jonction est protégée par une valvule ou que l'éperon formé par la jonction des deux vaisseaux serve de valvule d'après quelques auteurs, l'utéro ovarienne gauche aboutit à la veine rénale dans laquelle elle se jette à angle droit : cette particularité anatomique provoque incontestablement une gêne à la circulation de retour.

Ces facteurs anatomiques ne permettent pas d'expliquer à eux seuls les varices.

L'étude clinique du varicocèle montre avec une telle fréquence, au début de l'affection, l'existence d'une congestion pelvienne, congestion qui accompagne du reste toute l'évolution, que l'on a fait jouer aux phénomènes congestifs un rôle dans la formation et le développement des varices.

Emge, après Roussan, Dudley et Camuset, incrimine la fréquence des excitations sexuelles qui provoquent cette congestion et secondairement déterminerait la dilatation des veines. La même raison a été invoquée chez l'homme, le varicocèle apparaissant au début de l'activité génitale.

Richelot attribuait cette congestion aux fatigues, à la station debout, aux longues heures passées assis, à la constipation habituelle. Il remarque pourtant que ce

ne sont là que des causes adjuvantes et que la congestion pelvienne n'apparaît que chez les malades à « tempérament arthritique ».

Cette congestion et cette hypertension veineuse ajoutant leur action aux facteurs anatomiques de gêne circulatoire et de mauvais soutien des vaisseaux, suffisent-elle à expliquer la formation des varices ?

Devalz ne le croit pas : « non que je nie, dit-il, l'in-« fluence des causes mécaniques, mais parce que je les « crois capables seulement d'exagérer la dilatation « variqueuse ». Il insiste sur l'hérédité variqueuse.

A côté des varices congénitales très rares, les faits cliniques montrent la fréquence des varices chez les membres d'une même famille et on admet généralement une altération de la paroi veineuse pouvant reconnaître comme cause une dystrophie congénitale Périer a insisté sur ce défaut de qualité de l'étoffe veineuse, Verneuil le rattache à l'arthritisme.

La congestion et l'hypertension veineuse agiraient donc sur des vaisseaux de résistance insuffisante.

Castano a repris cette théorie: la congestion pelvienne intense est pour lui un signe constant du début du varicocèle.

Chez toutes ses malades il relève les signes de ce tempérament neuro-arthritique, mais suivant l'opinion des auteurs américains, cette diathèse ne serait qu'une modalité de la syphilis héréditaire.

Par la recherche des stigmates et par les réactions biologiques, Castano a fait la preuve de la syphilis dans ses observations.

L'affection évolue donc pour le chirurgien sud-améri-

cain sur un terrain syphilitique, les lésions des veines, cette dystrophie veineuse, seraient aussi de nature syphilitique.

E. Fournier (1) a bien démontré l'existence de cette ectasie veineuse d'origine hérédo-syphilitique.

A côté des varices du tout jeune âge qui siègent le plus souvent au crâne, elles sont d'une observation plus courante entre quinze et vingt ans : « seulement ce n'est « plus à la tête qu'on les rencontre mais sur tout autre « siège et je pourrais dire n'importe quel siège...

« Elles présentent cette particularité de siéger fort « souvent dans les régions où aucune cause mécanique, « aucun obstacle ne peuvent être incriminés pour en « légitimer le développement et que conséquemment il « est impossible de ne pas rattacher à une constitution « défectueuse de la paroi vasculaire. »

Congestion pelvienne et altération veineuse relevraient donc de la même étiologie pour l'auteur américain. Mais cette recherche constamment positive de la syphilis dans les observations de Castano, ne concorde pas avec les faits observés par les autres auteurs.

Ni Chalier et Dunet, ni Cotte et Mlle Jezditch, ni Schubert, ni Engelmann n'ont retrouvé la syphilis avec la même fréquence.

Les troubles endocriniens ont été invoqués.

Les troubles génitaux dûs à l'hypothyroïdie sont d'une constatation fréquente. Les métrorragies ou l'amé-

---

(1) Les dystrophies veineuses de l'hérédo syphilis. Paris, Doin. 1902.

Recherche et diagnostic de l'hérédo syphilis. Paris. Masson. 1907.

norrhée, les règles irrégulières ou douloureuses peuvent être observées. Il semble bien que dans la majorité des cas il y ait syndrôme pluriglandulaire : On observe notamment l'association de l'hypothyroïdie à l'hyperavarie, se caractérisant par des phénomènes de congestion pelvienne avec règles abondantes, véritables ménorragies.

Chalier et Dunet incriminent l'hyperovarie. Leur malade présentait un ovaire sclérokystique coexistant avec un volumineux varicocèle.

Ils reprennent la théorie de Forgue et Massabuan.

Ces auteurs étudiant les hémorragies essentielles des jeunes filles ont démontré que les seules lésions constantes étaient les lésions ovariennes.

L'utérus peut présenter quelques lésions mais elles sont en second plan, les lésions de la muqueuse utérine ne sont que la conséquence et non la cause de la congestion utérine.

Tandis que chez les femmes âgées les lésions ovariennes se caractérisent surtout par la rétraction et la sclérose, l'ovaire sclérokystique des femmes jeunes et des jeunes filles est un ovaire microkystiqué.

Dans l'épaisseur du stroma ovarien se développent de nombreux kystes qui seraient témoins d'un « processus de maturation spontanée des follicules de graaf ».

Par l'atrésie précoce de ces nombreux follicules avec hyperproduction de cellules interstitielles, ces ovaires présentent les caractères d'une hyperplasie du tissu endocrinien.

Il y a donc hyperovarie qui prolonge et intensifie la congestion menstruelle.

Chalier et Dunet invoquent l'hyperovarie comme cause de congestion pelvienne et admettent comme étiologie de la fragilité vasculaire, l'action de la sécrétion interne de l'ovaire sur la paroi veineuse.

Ces lésions kystiques de l'ovaire manquent du reste fréquemment. Sur 30 cas de varicocèle, Schubert ne les a trouvé que quatre fois, 11 fois elles existaient sur les 20 cas d'Engelmann, Cotte sur 7 observations a noté une fois des lésions microkystiques et une fois l'atrophie et la sclérose ovarienne.

Engelmann insiste surtout sur la rétroversion utérine comme facteur de varicocèle.

Chez les jeunes filles et les jeunes femmes en dehors de la grossesse et de tout accident septique, par suite d'un état d'affaiblissement et d'atonie des tissus fibreux et musculaires qui réalise le relâchement des ligaments suspenseurs, la rétroversion se produit.

L'utérus a d'autant plus tendance à cette déviation qu'il est alourdi par la congestion.

Cette atonie, ce relâchement des tissus, cette congestion ajouteraient, d'après Engelmann, leur action à la gêne circulatoire causée par la rétroversion qui provoque la torsion des pédicules vasculaires.

Dudley avait déjà insisté sur l'action jouée par les déplacement de l'utérus, Cotte et Emge leur font jouer un rôle important dans le développement du varicocèle.

La menstruation et la grossesse exercent une action

incontestable sur le système veineux pelvien. Richet l'avait révélée dans de nombreuses autopsies :

« Les plexus sont généralement peu développés chez « les jeunes filles non menstruées, plus développés « chez celles qui ont eu plusieurs fois leurs règles et « encore plus chez celles qui ont eu des enfants. »

Pendant la grossesse la réplétion veineuse est poussée à l'extrême :

« Au terme de la grossesse, ce plexus bien injecté « forme un cordon irrégulier qui mesure en quittant « les annexes de deux à trois centimètres de diamètre » (Farabeuf).

Les observations montrent la fréquence de l'apparition du varicocèle après un accouchement. Cotte et Mlle Jezditch insistent sur le rôle joué par la grossesse. Dans deux de leurs observations les douleurs remontent nettement à un accouchement. Trois fois dans les observations du Dr Courty nous relevons le même fait.

Doléris et Budin invoquaient la même étiologie mais surtout les grossesses répétées. Doléris ajoute que la dilatation ne persiste que chez les sujets prédisposés par la fragilité veineuse ou des lésions des parois vasculaires.

La grossesse d'une façon générale joue un rôle certain dans l'étiologie des varices mais ne semble pas le faire par des moyens purement mécaniques : « La stase veineuse ne serait que la conséquence des varices et non pas leur cause » (1).

Kelsall incrimine « les accouchements difficiles, les

(1) Budinger. Medizinische Klinik 1923.

« applications de forceps qui produisent des délabre
« ments dans le système ligamentaire utérin et affai-
« blissent encore les moyens de soutien précaire des
« veines du ligament large. »

Plus que la grossesse et que l'accouchement, les suites de couches nous paraissent jouer un rôle dans la genèse du varicocèle.

En premier lieu la subinvolution utérine, déjà accusée par Dubley, avec engorgement sanguin prolongé du pelvis : les tissus de l'utérus et du ligament large ne reprennent pas leur tonacité normale, restent mous, en même temps que la circulation demeure exagérée : les veines conservent un état de dilatation pathologique.

La régression utérine dans ces cas de subinvolution ne se fait qu'incomplètement : les fibres musculaires hypertrophiées ne reprennent pas leurs dimensions normales, les espaces lymphatiques sont dilatés, les vaisseaux sanguins gorgés de sang conservent un calibre anormal.

Cet utérus gros, lourd, manque de souplesse et paraît augmenté de consistance. Néanmoins on constate à la pression qu'il existe une certaine souplesse qui trahit l'infiltration oédemateuse.

L'augmentation de poids de l'utérus, le ramollissement des tissus, favorise la rétroversion. Celle-ci ajoute son action de gêne circulatoire aux troubles déjà provoqués par les modifications tissulaires de la subinvolution.

Ces phénomènes de subinvolution enfin, attribués quelquefois à l'arthritisme, aux fatigues, au lever précoce, relèvent dans la plupart des cas d'une infection

post partum ou post abortum. Celle-ci peut se limiter uniquement à l'endomètre, elle est souvent plus profonde et se propage aux veines en provoquant la formation de phlébites utérines et périutérines.

Les phénomènes généraux peuvent être très atténués et passer inaperçus et les suites de couches être considérées normales.

Le plus souvent il s'agit d'endophlébite plastique. Lequeux et Chomé (1) ont insisté sur la fréquence de la thrombo phlébite de l'étage supérieur du ligament large dont les lésions peuvent demeurer purement locales avec un état général excellent.

A la suite des infections utéro annexielles, même passagères, l'atteinte des veines peut laisser après elle de la phlébosclérose avec fragilité des parois veineuses :

« L'inflammation des parois veineuses ne va pas sans « laisser trop souvent des lésions indélébiles plus ou « moins profondes de phlébosclérose étendues bien au- « delà de la zone oblitérée ; le tissu conjonctif prend un « développement exubérant dans toutes les tuniques de « la veine intéressée et surtout dans la tunique « externe. »

« Sous l influence de cet envahissement conjonctif, « les parois veineuses mal nourries se sclérosent et « incapables malgré leur hypertrophie de résister à la « pression interne de la colonne sanguine, se laissent « peu à peu dilater : ainsi s'explique la fréquence des

---

(1) Congrès de la fièvre puerpérale de Strasbourg 1923.

« varices au niveau des veines atteintes par l'inflamma-
« tion » (Leconte) (1).

Cette subinvolution devient une cause d'infection nouvelles parce qu'elle maintient la cavité utérine dilatée, le col est ouvert à tous les germes et l'utérus s'infecte d'autant plus facilement que les moyens de défense sont en partie paralysés. Les réactions interstitielles s'accentuent, la sclérose s'organise : la métrite parenchymateuse se constitue. Les veines sont atteintes et ces poussées de phlébite peuvent laisser au niveau des veines des lésions de sclérose qui seront le point de départ de la dilatation.

Dans une observation de Roussan, le rôle de l'inflammation veineuse semble incontestable : il s'agit d'une femme qui après un accouchement fit une phlégmatia alba dolens. Quatre mois après apparaissaient de voluneuses varices des jambes, des hémorroïdes. Opérée par Pozzi pour un syndrôme douloureux pelvien, elle présentait un énorme varicocèle.

Il semble bien que ces varices doivent rentrer souvent dans la catégorie des varices inflammatoires, elles relèvent d'une infection ancienne dont elles sont le témoin.

---

(1) Leconte. — In traité de Pathologie médicale Sergent, Dibadeau-Dumas, Babonneix, T. IV, Appareil circulatoire, p. 1001.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique

Dans la majorité des observations de ces dernières années, les auteurs se sont contentés d'un examen macroscopique des pièces. Nous ne possédons que les organes pelviens des observations XI et XII et un ovaire de l'observation X.

Voici les résultats histologiques pratiqués par le Dr Delattre.

Observation X. — Coupe N° 562

L'ovaire légèrement augmenté de volume présente une surface granitée due à la présence de multiples petits kystes.

A la coupe on constate sur la surface de section la présence de trois petits kystes d'où s'écoule un liquide citrin. A ce niveau le plus gros de ces kystes a les dimensions d'un grain de blé.

A l'examen histologique on constate qu'il s'agit de kystes folliculaires : la paroi est constituée par la paroi des follicules distendus ; on remarque en certains

points la persistance de fragments de membrane granuleuse. On voit quelques corps jaunes en involution. En un point de la coupe on remarque un ovule à maturité de structure absolument normale.

Ces lésions sont entourées par le tissu ovarien normal dans son ensemble mais présentant éparpillées quelques plages de sclérose discrète. En aucun point nous n'avons trouvé d'infiltration inflammatoire

Il s'agit d'un ovaire microkystique avec lésions discrètes de sclérose ovarienne.

Observation XI. — Coupes. N° 564

Utérus. — Les lésions utérines se résument en des lésions d'endométrite. La muqueuse est hyperplasiée, oédématiée ; entre les culs de sac glandulaires on note une infiltration inflammatoire discrète.

Ovaire. — L'ovaire est légèrement augmenté de volume. On constate la présence d'un kyste du volume d'une noisette. Le reste de l'ovaire est dur, fibreux. A la coupe on constate qu'il s"agit d'un kyste divisé en plusieurs logettes par des cloisons très ténues. L'examen histologique de ces cloisons montre entre les deux épitheliums, un tissu conjonctif dense envahi de fibrose, bourré de vaisseaux sanguins et de capillaires dilatés.

Il s'agit de lésions sclérokystiques.

Ligament large. — La coupe du mésosalpynx présente un aspect des plus intéressants.

A l'examen macroscopique de la coupe on constate une image caractéristique : la trompe et au-dessous

Trompe .....

Mésosalpynx .....

Veine dilatée, Hyperplasie conjonctive. Périvasculaire .....

564

d'elle une veine énorme, dilatée, présentant un diamètre supérieur à celui de la trompe.

A l'examen histologique de la trompe, on ne constate pas d'infiltration inflammatoire dans la muqueuse, le tissu de la trompe ne présente pas de sclérose : il n'y a aucune lésion de salpingite. Un seul caractère mérite de retenir l'attention, c'est la particulière abondance et la dilatation des vaisseaux de la muqueuse.

Quant à la veine, sa paroi est épaissie. Elle ne présente pas trace d'infiltration inflammatoire, la tunique interne est la plus épaisse, assez irrégulièrement plissée suivant le degré de rétraction de la paroi.

La coloration par la méthode trichromique de Cajal montre la présence de fibres conjonctives denses formant une gaine tout autour des vaisseaux du ligament large. Ce fait peut expliquer la béance anormale des veines.

A côté de la veine on note la présence de petites artères dont les parois ne présentent pas de lésions.

Observation XII. — Coupes. N° 827

Utérus. — Oédème de la muqueuse.
Endométrite hyperplasique.

Ovaire gauche. — Présente un volumineux corps jaune : grosses cellules lutéïniques disposées en amas cloisonnés. Le corps jaune est centré par une cavité remplie d'un caillot en voie d'organisation.

Un autre fait frappe l'attention, c'est la présence d'un très grand nombre d'ovules en évolution.

Ovaire droit. — Mêmes lésions que le gauche, mais

en plus des formations décrites plus haut, on constate au niveau d'un follicule énorme la transformation kystique.

Nombreux corps jaunes involués.

Ligament large gauche. — Les parois de la trompe sont très épaisses et présentent des lésions d'infiltration fibreuse. La cavité de la trompe est étirée, réduite de volume, un bourgeon fibreux fait saillie dans sa lumière. Sous la trompe on voit de très nombreux vaisseaux. Les veines très dilatées présentent un épaississement conjonctif considérable mais sans infiltration inflammatoire de leurs parois.

Ligament large gauche. — La cavité de la trompe est normale dans ses dimensions. La muqueuse présente de nombreux replis normaux.

La paroi salpingienne est légèrement épaissie mais sans présenter d'infiltration inflammatoire.

La paroi des veines présentent la même hyperplasie conjonctive considérable que dans le ligament large droit.

Au niveau de plusieurs filets nerveux on constate des lésions très nettes de périnévrite.

Tous les auteurs se sont attachés à l'examen anatomopathologique de l'appareil génital pelvien, recherchant une explication des modifications vasculaires, et le rôle joué par le varicocèle sur l'utérus et les ovaires.

1° Lésions de l'utérus et des trompes.

Les lésions utérines sont assez fréquentes mais généralement minimes : légère endométrite.

Les lésions peuvent être plus profondes constituant de la métrite parenchymateuse ou de la sclérose utérine comme dans une observation d'Auvray.

Ces lésions de métrite, surtout post partum ou post abortum peuvent être le point de départ de lésions phlébitiques dont nous avons étudié le rôle dans l'étiologie de l'affection.

D'autre part la stase et l'engorgement sanguin provoqués par les varices pelviennes ne sont pas sans jouer un rôle sur l'utérus.

Emge accuse cette stase sanguine de produire un état oedêmateux et hyperplasique de la muqueuse utérine. Cet oédême de la muqueuse se retrouve nettement dans nos deux examens histologiques.

Au niveau des trompes on note parfois une infiltration inflammatoire, témoin d'une infection salpingienne en activité. Leriche a trouvé des lésions beaucoup plus profondes : abcès miliaires de la paroi tubaire. Parfois enfin, comme dans une de nos observations on trouve la séquelle fibreuse d'une vieille infection salpingienne.

2° Lésions ovariennes.

Les lésions ovariennes ont été le sujet d'études beaucoup plus attentives et plus intéressantes. Les lésions d'ovarite sclérokystique, si fréquentes dans le cas de varicocèle, sont avant tout des lésions microkystiques beaucoup plus que scléreuses. Ce qui frappe sur ces coupes, ce sont les lésions sur lesquelles ont insisté

Forgue et Massabuan dans leur étude des métrorragies des vierges.

On constate dans les coupes de l'ovaire de très nombreux ovisacs en voie de croissance et qui subissent rapidement l'évolution atrésique : leur cavité se comble de grosses cellules lutéïniques caractéristiques de l'atrésie folliculaire.

Ludwig Emge, après Dudley et Roussan, accuse le varicocèle de pouvoir produire des lésions et ovarite sclérokystique. Avec Chalier et Dunet on croit plutôt que ces lésions d'hyperplasie du tissu ludocrinien joueraient un rôle dans la genèse du varicocèle.

Le varicocèle par contre agit sur l'ovaire en provoquant son infiltration oédémateuse qui serait suivie du sclérose.

Castano déduit de ces constatations la nécessité d'une intervention précoce pour éviter les lésions définitives de l'ovaire.

Devalz avait soupçonné ces lésions d'infiltration oédémateuse :

« Je n'ai pas, dit-il, examiné le tissu de l'ovaire, je « suis donc forcé d'être incomplet sur ce point, et, ce « que je vais indiquer, je ne l'ai pas vu, c'est simple « ment ce que je crois.

« Je pense que le tissu de l'ovaire doit être profondé- « ment altéré alors que la circulation veineuse est « entravée. Jugeant par analogie de ce qui se passe sur « une jambe variqueuse, je pense que cet organe doit « subir de grandes altérations de nutrition, telles que « oédême, engorgement, etc... »

Paul Petit a bien décrit ces lésions d'oédème de l'ovaire.

« Les deux ovaires, d'aspect blanchâtre et comme lavé, rénitents sous le doigt, sont un peu plus gros que des œufs de poule dont ils affectent à peu près la forme.

Ils laissent écouler sous le couteau une grande quantité de sérosité et se montrent criblés sur toute la surface de section d'une foule de petites élevures sphériques, opalines ayant tout l'air de phlyctènes, faisant hernie à la surface de section et ayant le volume de petits pois.

Les élevures remplies d'un liquide séreux se vident incomplètement par la ponction et quand on les sectionne, s'affaissent sans laisser de cavités distinctes à surface lisse comme celle des kystes folliculaires... Dans la région intermédiaire à la couche ovigène et au hile existe un oédème très inégalement réparti, toujours très accentué autour des vaisseaux qui semblent généralement dilatés, il présente tous les degrès, depuis une légère dissociation du tissu, jusqu'à la formation de zones aréolaires à larges mailles où l'on voit des cellules migratrices en grand nombre et des corps granuleux ».

3° Lésions des ligaments larges.

Ce qui frappe tout d'abord dans les ligaments larges, c'est le volume des veines utérines et ovariennes, qui peut atteindre celui d'une saphène ou même du petit doigt (Leriche).

Les trompes sont enveloppées de veines turgides, allongées, sinueuses et flexueuses, elles dessinent parfois autour de la trompe des méandres inextricables.

Elles peuvent rester cylindriques ou au contraire présenter des ampoules. La paroi veineuse est augmentée de consistance, sclérosée parfois.

A la coupe, ces vaisseaux restent béants, ils sont artérialisés.

Ces veines variqueuses peuvent arriver à former à la base du ligament lombo ovarien un paquet énorme. Dans l'observation de Petit il avait le volume d'une mandarine.

Frappé de cette énorme dilatation, Devalz avait supposé que la rupture de ces veines expliquerait fréquemment l'hémotocèle rétro utérine.

De nombreux cas ont été publiées mais seule une observation de Cooke Hirst semble indiscutable.

A l'examen histologique on peut observer toute une série de lésions allant de la dilatation simple jusqu'aux lésions de sclérose intense avec endophlébite et périphlébite.

La paroi veineuse peut être à peine touchée, seule la dilatation du vaisseau est remarquable et correspond aux descriptions de Curling, Péreir et Escat à propos du varicocèle chez l'homme : les veines d'après ces auteurs n'offrent que rarement et tardivement les altérations phlébo pariétales fréquentes dans le processus variqueux, avant tout d'être des vaisseaux dilatés et non des vaisseaux sclérosés.

Les lésions veineuses peuvent être plus intenses. Dans un temps on constate la multiplication des fibres musculaires lisses de la veine et l'hypertrophie de la paroi conjonctive de la couche moyenne. Puis le tissu musculaire disparaît, dans un second temps, détruit peu à peu

par l'hyperplasie conjonctive : la paroi veineuse finit par être uniquement constituée par du tissu conjonctif.

L'hyperplasie conjonctive peut prédominer dans la tunique externe de la veine, comme le fait remarquer Leconte, dans le cas de varices consécutives à des poussées de phlébite. Ce sont ces lésions qui étaient surtout remarquables dans nos examens histologiques.

Enfin, soit dans le cas de varices anciennes, soit dans le cas de varices inflammatoires on peut constater la chute de l'endothélium avec infiltration leucocytaire de la paroi.

A ces lésions anciennes ne tarde pas à se surajouter de la périphlébite : dans le tissu cellulaire sous péritonéal on note la présence de travées fibreuses fixant les sinuosités veineuses (Leriche).

Les artères peuvent être le siège de lésions d'artérite. Les faisceaux nerveux sont enveloppés d'une gangue de périnévrite, nous avons retrouvé ces lésions dans une de nos observations. Castano insiste sur ces lésions nerveuses qui jouent incontestablement un rôle dans la genèse des douleurs pelviennes.

CHAPITRE VI

Traitement

Dans le cas de varicocèle isolé de toute autre lésion on pourra essayer tout d'abord une thérapeutique médicale. Emge, Engelmann, Chalier et Dunet se font les défenseurs de cette thérapeutique.

Ils indiquent en premier lieu les médicaments « décongestifs » employés dans le traitement des varices en général et dans les « états congestifs » du petit bassin : l'ergot de seigle, l'extrait fluide de Viburnum prunifolium et d'hydrastis canadensis et l'intrait de marron d'Inde. Dans le cas d'insuffisanc thyroïdienne on instituera un traitement opothérapique à petites doses.

On pourra prescrire également l'extrait hypophysaire qui aurait une action frénatrice sur l'ovaire et de plus fait contracter les fibres utérines et les fibres musculaires des vaisseaux.

Chalier et Dunet, qui incriminent l'hyperovarie, conseillent l'extrait mammaire : la sécrétion interne de la mamelle en lactation semble exercer une action « empé-

chante » sur l'ovaire. On prescrira la poudre de glande à la dose de 0 gr. 25 à 2 grs par jour.

Dans le même ordre d'idées ces auteurs préconisent la radiothérapie et la radiumthérapie qui produit l'atrophie ovarienne et la sclérose veineuse.

Auvray signale les bons effets que l'on pourrait obtenir par le traitement thermal; il conseille les eaux sédatives de Néris, Luxeuil, Royat et Plombières ; Bagnolles de l'Orne en raison de l'action excitante de ses eaux sur la circulation.

Emge et Engelmann déclarent ce traitement efficace et suffisant dans les cas légers. L'efficacité de cette thérapeutique est pourtant très difficile à juger en raison de la difficulté du diagnostic.

Le traitement chirurgical doit être avant tout conservateur, il se résume dans la résertion des varices.

Cette résection pourra se faire dans le mésosalpynx en incisant le feuillet postérieur du ligament large. La veine liée à une extrémité est disséquée, liée à son autre extrémité et réséquée : c'est le procédé de Keed et Sexsert.

Castano se basant sur le reflux des veines utéro ovariennes dans les veines du ligament large par suite de l'absence de valvules emploie une autre technique :

Après avoir fait saillir convenablement les veines par la compression utérine à l'aide d'un hystérolabe, il incise le ligament lombo ovarien, dissèque la veine qu'il trouve fréquemment double à cette hauteur. Il place deux ligatures distantes de deux centimètres et résèque la partie intermédiaire. Ces interventions faci-

les, puisqu'il n'existe pas d'adhérences péritonéales, permettent une incision petite de la paroi : On pourra employer l'incision de Plannestiel ou l'incision esthétique transversale latérale de Jayle.

Dans le cas de varicocèle associé à des lésions utérines ou ovariennes, le traitement sera tout autre. En effet, non seulement on ne peut déterminer d'une façon certaine le rôle joué par ces lésions dans la genèse du varicocèle mais encore on ne peut apprécier la part qui leur revient pour expliquer le syndrôme douloureux abdomino pelvien.

Au cas de coexistence varicocèle et de rétroversion utérine, on associera à la résection des paquets variqueux, la réduction et la fixation utérine. Chez ces malades jeunes le procédé le plus généralement employé sera la ligamentopexie abdominale suivant le procédé de Doléris, qui offre l'avantage d'une bonne fixation sans risques au cas de grossesse. Engelmann, pour qui la rétroversion est facteur principal de varicocèle, déclare l'hystéropexie suffisante dans la majorité des cas pour rétablir la statique circulatoire du petit bassin.

Emge qui invoque la même étiologie, associe à la suspension haute de l'utérus, le raccourcissement des ligaments utéro sacrés, sans résection veineuse.

La fixation utérine améliore incontestablement la circulation pelvienne, elle peut suffire à elle seule quand

il y a dilatation simple sans phlébosclérose, sans perte de l'élasticité de la paroi veineuse. Dans le cas contraire nous croyons que la résection des paquets variqueux peut seule donner un résultat.

Dans le cas de lésions utérines, il faudra toujours commencer par un traitement conservateur. S'il y a métrite parenchymateuse avec gros utérus scléreux, surtout chez les femmes d'un certain âge et ayant déjà plusieurs enfants, on pourra pratiquer l'hystérectomie subtotale (Auvray).

Quand il y a association d'ovarite sclérokystique et de varicocèle, si les lésions sont bilatérales on pourra pratiquer l'hystérectomie subtotale.

Au cas de lésions limitées à un seul ovaire on enlèvera en même temps que l'ovaire, la trompe, le ligament large et ses veines malades.

Au cas de lésions ovariennes bilatérales mais limitées et circonscrites, on associera à la résection des paquets variqueux, la résection cunéïforme des ovaires (Auvray).

Observations

CHALIER ET DUNET. — Gynécologie et obstétrique 1920. T. 1, p. 239, Mlle M..., 20 ans.

Antécédents héréditaires : Au cours de chaque grossesse sa mère a toujours présenté d'abondantes hémorragies qu'il est impossible de faire préciser. Nombreuses varices des deux membres inférieurs.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans très régulièrement, avec pertes abondantes persistant pendant 6 à 7 jours. Vierge. Depuis trois ans sont apparues des douleurs progressivement croissantes à chaque période menstruelle. Ces douleurs commencent deux jours avant les règles et ne cessent que deux jours après. Ces douleurs, très vives, nécessitent le repos au lit pendant toute la période menstruelle. Irradiations lombaires, constipation opiniâtre pendant les règles et cessant avec celles-ci.

Depuis quelques mois les douleurs sont devenues continues, même pendant la période intermenstruelle et localisées à la fosse iliaque gauche. Ces douleurs se manifestent sous forme de crises durant quelques heures à l'occasion d'un effort.

La malade raconte qu'en faisant un effort violent pour soulever un poids, elle a l'impression d'un gonflement dans sa fosse iliaque gauche. Ces phénomènes disparaissent par le repos au lit mais ne sont nullement améliorés par la station assise. La malade a constaté elle-même une tumeur allongée verticalement en dedans de l'épine iliaque antérieure gauche.

Le toucher rectal permit un jour de sentir du côté gauche, dans le cul de sac latéral, une tuméfacture du volume d'un petit œuf, renitente, assez douloureuse, qu'il fut impossible de retrouver au cours d'un examen pratiqué deux jours après, la malade ayant gardé le lit depuis l'examen initial.

Pas de troubles urinaires. Pas de pertes blanches. Aucun signe de lésions aiguës ou chroniques du tractus génital, pas de température.

Intervention le 3 mai 1919. — Incision de Pfannenstiel. A l'ouverture du péritoine on trouve dans le petit bassin la valeur d'un verre de liquide clair, citrin. L'utérus est légèrement augmenté de volume mais de consistance normale. L'ovaire et la trompe du côté droit sont normaux. Par contre du côté gauche on trouve un développement énorme de tout le plexus utéro ovarien formant une véritable tumeur vasculaire, bosselée, irrégulière ; les veines très dilatées mais nettement individualisées ont un aspect variqueux ; sans aucun doute ce sont elles qui constituaient la tumeur molle sentie au cours du premier toucher rectal et qui disparut par la suite.

Il s'agit d'un varicocèle tubo ovarien très net malgré la position déclive de Trendelenburg favorable pourtant à la circulation veineuse de retour.

L'ovaire gauche est petit, nacré, d'aspect sclérokystique. On réséque du côté gauche trompe, ovaire et ligament tubo ovarien. A la section les veines sont aussi grosses qu'une saphène interne.

Péritonisation. Suture de la paroi.

OBSERVATION II

Cotte et Mlle Jezditch. — Gynécologie et obstétrique 1923, T. VII, p. 205.

Mme D..., 23 ans, entre à la clinique gynécologique en octobre 1921 avec le diagnostic d'annexite, elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents.

Réglée à 12, 13 ans, elle a toujours eu des règles abondantes qui durent pendant cinq ou six jours.

Mariée depuis dix-huit mois, la malade n'a pas eu de grossesse.

L'examen gynécologique révèle une rétroversion avec point douloureux très marqué du côté gauche. Il existe là une zone très sensible, particulièrement douloureuse dans les rapports.

A un examen plus précis, fait après l'intervention, la

malade précise ainsi le caractère des troubles qu'elle ressentait. Dans l'intervalle des règles, elle ressentait constamment une douleur sourde dans le bassin qui lui donnait envie de pousser et qui s'accompagnait de ténesme vésical.

Les troubles étaient surtout accusés pendant la période prémenstruelle, pour disparaître pendant les règles : C'est à ce moment que la malade se sentait le mieux.

A chaque instant elle éprouvait en outre des poussées congestives du côté de la vulve et du clitoris, l'incitant au coït, mais celui-ci s'accompagnait toujours d'une violente douleur du côté gauche.

A signaler encore que les troubles étaient nettement exagérés par la station debout prolongée et la marche et qu'ils s'atténuaient au contraire sous l'influence du repos. Pas de signes d'hypothyroïdie appréciable, pas de spécificité. L'intervention pratiquée le 14 octobre 1921 permit de constater l'existence d'un varicocèle tubo ovarien gauche très marqué. Utérus en rétroversion, annexes saines, dans le paritoine quelques centimètres cubes de sérosité claire. En présence de ces lésions on réséque seulement le paquet variqueux gauche aussi complètement que possible et on fixe l'utérus par le procédé de Doléris Pellanda.

La malade sort guérie le 29 octobre. Revue en janvier 1923 elle se déclare complètement guérie ; les troubles qu'elle présentait sont disparus, les règles ne durent plus que trois jours au lieu de six. Elle n'a pas encore eu de grossesse.

OBSERVATION III

COTTE et Mlle JEZDITCH. — Gynécologie et obstétrique 1923. T. VII, p. 205.

Mme F..., 35 ans, entre à la clinique gynécologique au mois de juin 1922 parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle a des métrorragies. Réglée à 15 ans, la malade a toujours eu des règles douloureuses l'obligeant à garder le lit. Mariée à 20 ans, deux grossesses, la première il y a 15 ans, la seconde il y a 8 ans.

Depuis ce temps la malade a toujours souffert de son ventre mais depuis cinq ou six mois les douleurs sont devenues plus violentes ; celle-ci se traduisent surtout par une sensation de pesanteur dans les reins et dans le fondement. Cons-

tipée, la malade ne peut aller à la selle car les efforts exagèrent les douleurs.

Ténesme vésico rectal avec faux besoins. Dyspareunie. Pas de poussées congestives du côté de la vulve. Métrorragies presque continuelles.

A l'examen gynécologique on constate l'existence d'une rétroversion sans lésions annexielles appréciables. Pas de signes d'hypothyroïdie, pas de spécificité. L'intervention pratiquée le 15 juin 1922 montre l'existence d'un double varicocèle pelvien. Utérus en rétroversion. Ovarite sclérokystique, pas de lésion tubaires.

Après l'oblation de l'appendice on réséque de chaque côte les paquets variqueux dans le ligament tubo ovarien, fixation ligamentaire de l'utérus. Suites simples. La malade quitte le service le 3 juillet.

Revue le 13 janvier 1923, elle se déclare dans un état de santé aussi bon que possible. Les règles ne durent plus que 3 jours et ne sont plus douloureuses. La malade ne souffre plus dans le bas ventre. Les rapports sont redevenus normaux. La constipation a disparu.

OBSERVATION IV

Cotte et Mlle Jezditch. — Gynécologie et obstétrique 1923. T. VII, p. 205.

Chez une femme de 33 ans, il y a eu après la puberté une longue période d'insuffisance ovarienne avec aménorrhée et adiposité.

Mariée à 23 ans, cette malade a eu une grossesse à 24 ans. Depuis ce moment elle a souffert du ventre et des reins, les douleurs étant d'ailleurs constamment exagérées par la menstruation.

Il y a 18 mois elle a été opérée à l'Hôtel-Dieu pour une prétendue annexite ; castration unilatérale droite mais cela n'a amené aucune amélioration.

Rentrée a la clinique gynécologique en octobre 1922, on constate au toucher que l'ovaire gauche est excessivement douloureux (ovarite sclérokystique probable).

L'intervention faite le 31 octobre montre l'existence d'un varicocèle tubo ovarien avec un ovaire gros oédémateux à la périphérie et sclérose au niveau du hile.

L'hystérectomie subtotale a mis fin à ces troubles.

OBSERVATION V

COTTE et Mlle JEZDITCH. — Gynécologie et obstétrique 1923. T. VII, p. 205.

Chez une autre malade qui avait été envoyée à l'hôpital avec diagnostic d'annexite consécutive à une fausse couche, les crises douloureuses revenaient tous les huit jours environ et duraient deux ou trois heures.

Les règles étaient abondantes et dans l'intervalle il y avait des pertes blanches continuelles.

Au toucher l'utérus était en bonne position, les annexes non perçues, mais la palpation révélait dans le côté gauche une zone excessivement douloureuse.

Peut être aurait-on pu éliminer l'annexité et songer à des accidents purement congestifs puisqu'au toucher on ne trouvait précisément aucune tuméfaction annexielle.

OBSERVATION VI

COTTE et Mlle JEZDITCH. — Gynécologie et obstétrique 1923. T. VII, p. 205.

Il en est de même dans le cas suivant où le toucher ne révélait qu'un empatement diffus du côté gauche avec un utérus très mobile.

Comme symptômes subjectifs on notait l'existence de crises douloureuses survenant par crises à intervalles réguliers et qui duraient quelques heures seulement mais il n'y avait aucun des symptômes que nous avons signalé tout à l'heure.

OBSERVATION VII

COTTE et Mlle JEZDITCH. — Gynécologie et obstétrique 1923. T. VII, p. 205.

Malade envoyée à la clinique pour une rétroversion.

D'une famille de dix enfants, elle avait deux frères morts de méningite. Elle-même avait été réglée une ou deux fois

à douze ans, puis les règles s'étaient arrêtées jusqu'à 17 ans et pendant toute cette période elle était restée aménorrhéïque, elle avait eu des crises épilptoïdes, avec chute, perte de connaissance mais sans incontinence d'urines.

De ces accidents nerveux elle n'a gardé que quelques mouvements choréïformes.

Mariée à 18 ans, elle a eu une grossesse à la suite de laquelle elle a commencé à souffrir de maux de reins. Les douleurs sont exagérées par la fatigue et la station debout et calmées au contraire par le repos.

Jusqu'ici elle a été soignée par un médecin qui lui a mis un pessaire. Pendant trois mois elle a été très soulagée mais actuellement elle souffre davantage et demande à être opérée.

Pas de signes de congestion pelvienne, règles normales et régulières, pas de pertes blanches, pas de constipation, rapports non douloureux.

Or malgré cette absence de troubles subjectifs on trouve à l'intervention un varicocèle bilatéral très accentué. Résection des deux paquets dans le ligament lombo ovarien. Fixation ligamentaire de l'utérus (cas récent).

OBSERVATION VIII

Cotte et Mlle Jezditch. — Gynécologie et obstétrique 1923. T. VII, p. 205.

La dernière malade enfin âgée de 27 ans était entrée à la clinique avec le diagnostic d'annexite.

Elle se plaignait de douleurs pelviennes et de pertes blanches puriformes abondantes.

Réglée assez irrégulièrement, elle avait eu une grossesse à 18 ans.

Il y a trois ans elle avait fait un premier séjour à l'hôpital pour les mêmes accidents.

A l'examen utérus gros rétroposé avec col métritique tuméfaction annexielle gauche assez accusée. Température : 37°, 5 — 38°. Le diagnostic ne paraît pas douteux. Or là encore à l'intervention il n'y avait de chaque côté de l'utérus qu'un volumineux varicocèle tubo ovarien pour lequel nous avons pratiqué la ligature avec résection des veines utéro ovariennes.

Et chez cette malade, comme chez la précédente, l'interrogatoire complémentaire fait après l'intervention ne nous a pas permis de retrouver un seul des symptômes prétendus pathognomoniques du varicocèle pelvien.

OBSERVATION IX

Dr L. Courty. — Archives franco belges de Chirurgie. Août 1925.

Germaine G..., 26 ans, couturière, entre le 26 janvier 1925 dans le service de chirurgie de l'Hôpital de la Charité pour douleurs abdomino-pelviennes.

Rien à signaler dans ses antécédents. Réglée à 14 ans irrégulièrement, mariée à 17 ans. Une grossesse avec accouchement normal. Cependant, après cette grossesse, elle commence à sentir de vives douleurs abdomino-pelviennes calmées par le repos horizontal. Puis apparaît une leucorrhée extrêmement abondante. A partir de ce moment dyspareunie très accusée.

Nouvelle grossesse en 1921 ; accouchement facile.

En 1922 perte de 3 mois à la suite de laquelle apparaissent des métrorragies qui nécessitent un curettage.

En 1923 et 24 la malade ressent toujours de fortes douleurs abdomino-pelviennes, d'autre part elle a de temps en temps des métrorragies.

Elle entre à la Charité en janvier 1925.

Facies fatigué. Douleur à la palpation des deux fosses iliaques. Pertes purulentes.

Toucher : gros col métritique, utérus douloureux. Pas de masse perceptible.

Intervention le 30 janvier. On trouve un gros utérus mou, varicosités considérables dans les deux ligaments larges. En raison des métrorragies, des pertes purulentes rebelles, de l'atteinte de l'état général, je pratique une hystérectomie subtotale. Réunion per primam.

Les douleurs spontanées disparaissent. Au toucher les culs de sac ne sont plus douloureux. La malade sort le 11 février 1925. Revue récemment, la guérison se maintient.

OBSERVATION X

Dr L. Courty. — Archives franco belges de Chirurgie. Août 1925.

M. D..., 36 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Charité le 22 décembre 1924, pour syndrôme utérin.

Réglée à 13 ans, les règles ont toujours été douloureuses.

Un seul accouchement il y a 15 ans, pas de pertes. Le début des troubles remonte à un an.

Les douleurs sont au premier plan, elles siègent surtout à gauche, sont nettement abdomino-pelviennes, augmentant pendant les périodes menstruelles, s'exagèrent par la station debout et la fatigue ; sont calmées par le repos au lit. Dyspareunie intense. Examen local : col en arrière, fonds de l'utérus palpable en avant, toucher très douloureux. Douleurs intenses dans tous les culs de sac.

Intervention le 5 janvier 1925. A l'incisive de la paroi on trouve de fortes varices dans le tissu cellulaire sous cutané. Utérus normal. Annexes normales ; à droite ovaire sclérokystique qui est enlevé, mais on est frappé par la dilatation variqueuse de toutes les veines du petit bassin ; en particulier il y a de véritables paquets variqueux dans les deux ligaments larges.

Résertion des veines les plus dilatées des ligaments larges. Suites opératoires très simples ; réunion per primam ; les douleurs spontanées ont disparu. Le toucher ne réveille plus aucune douleur.

La malade sort de l'hôpital le 19 janvier.

Revue en octobre 1925, ne souffre plus.

OBSERVATION XI

Dr Courty (Inédite).

G. Florida, 33 ans, ménagère, entre le 18 mars 1925 à la Clinique St-Raphaël, pour syndrôme douloureux pelvien. La malade a eu six enfants. Les grossesses et les accouchements se seraient passés normalement. Depuis l'avant dernier accouchement la malade souffre du ventre : Douleurs pel-

viennes avec irradiations lombaires. Depuis cette époque la malade présente des pertes blanches abondantes en même temps que les règles ont pris un caractère ménorragique : l'écoulement sanguin dure 10 à 12 jours. Il y a dyspareunie nette. Au toucher, l'introduction du doigt est très douloureux, l'utérus légèrement augmenté de volume est en position normale. Dans les culs de sacs la pression est particulièrement douloureuse sans qu'on puisse percevoir de masse.

Le 19 mars 1925 intervention.

L'utérus est légèrement augmenté de volume.

Dans l'épaisseur des ligaments larges on voit se dessiner de nombreuses et importantes varicosités qui soulèvent le feuillet péritonéal et s'étendent de l'utérus au hile ovarien et descendent à la base du ligament lombo ovarien.

Les deux ovaires présentent de nombreux petits kystes : en raison de ces lésions ovariennes je pratique l'hystérectomie subtotale. Réunion per primam. Sort guérie.

La malade est revue le 22 Août 1925 : très améliorée.

OBSERVATION XII

Dr Courty (Inédite).

Madame N. P...., 27 ans.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants, en particulier n'ont jamais présenté de varices.

Antécédents personnels : Réglée à 15 ans, mariée à 23 ans, premier enfant à 24 ans, deuxième enfant à 25 ans, pas de fausse couche.

Les accouchements se sont bien passés, sans suite pathologiques.

Histoire de la maladie : la malade souffre du ventre depuis deux ans et demi, les douleurs sont apparues deux mois après le dernier accouchement, depuis cette époque, elle présente également des pertes blanches abondantes.

Ces douleurs abdomino pelviennes revenaient périodiquement, laissant à la malade des périodes de calme qui ne dépassaient pas huit jours.

Légère dyspareunie depuis ces derniers mois.

Actuellement, en février 1925, les douleurs abdomino pelviennes sont continuelles, empêchant tout travail même

léger, amaigrissement notable (15 kilogs). Au toucher on constate que les culs de sac sont très douloureux, la pression dans le Douglas arrache des cris à la malade. L'utérus est légèrement augmenté de volume.

Intervention le 3 février 1926 à la Clinique St-Raphaël à Lille, on trouve deux ovaires sclérokystiques avec liquide ligaments larges. Utérus métritique. Hystérectomie subtotale. Réunion per priman. La malade sort le 18 février 1926.

Conclusions

1° Le varicocèle pelvien peut être isolé de toute lésion ovarienne ou utérine et constituer une entité clinique.

2° Il est fréquemment associé aux déplacements de l'utérus et aux lésions microkystiques de l'ovaire.

3° Douleurs abdomino pelviennes, dysménorrhée, leucorrhée sont des signes communs à de multiples affections gynécologiques. La dyspareunie nous paraît un symptôme fréquent.

Seule la constatation d'un empatement mollasse dans les culs de sac permet d'affirmer le diagnostic.

4° Le varicocèle n'est qu'un cas particulier des varices, il peut relever de causes multiples.

5° Il semble dû fréquemment a de la phlébosclérose consécutive à des accidents inflammatoires pelviens et rentre alors dans le cadre des varices inflammatoires.

6° Les parois veineuses peuvent offrir toute la gamme des lésions variqueuses depuis la dilatation avec lésions insignifiantes des parois, jusqu'à la transformation

conjonctive de celles-ci, et jusqu'aux lésions d'endo et de périphlébite et la transformation fibreuse du vaisseau.

7° Le traitement médical sera essayé pendant un temps suffisant.

Le traitement chirurgical sera en principe conservateur (Résection et ligature des veines).

Bon à imprimer.
Le Président de la thèse,

Vu : *Le Doyen*,

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur,
Le Chargé de Mission,

Bibliographie

1858. Devalz. — Thèse Paris. — *Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro utérine.*

1860. Richet. — *Traité pratique d'anatomie médico chirurgicale.*

1878. Poncet. — Thèse d'agrégation. Paris. — *De l'hématocèle periutérine.*

1880. Budin. — Thèse d'agrégation. — *Des varices chez la femme enceinte.*

1888. Dudley. — New-York Medical Journal.

1889. Coe. — So Called « Varicocele » in the female American Journal of obstétrics, p. 504.

1889. Nilsen. — Varicosity of the pampinifom plexus as a cause of ovarian pain the American journal of obstetrics, p. 156.

1891. Petit. — Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 25 Octobre, T. XXXVI, p. 63.

1892. Roussan. — Thèse Paris. — *Observations pouvant servir à l'étude du varicocèle pelvien.*

1896. Herbet. — Bulletin et mémoires de la Société Anatomique de Paris, p. 912.

1897. Pozzi. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire.*

1898. Labadie. — Lagrave et Legueu. — *Traité médico chirurgical de gynécologie*, p. 1058.

1907. Violet. — Gazette des Hôpitaux, 18 avril.

1909. Camuset. — Thèse Lyon. — *Contribution à l'étude du varicocèle tubo ovarien.*

1915. Castano. — Annales de mon service de gynécologie et de chirurgie abdominale.

1916. Albina. — Thèse de doctorat.
1918. Castano. — *Thérapeutique et clinique gynécologique.*
1920. Chalier et Dunet. — *Le varicocèle tubo ovarien essentiel essai de pathogénie gynécologie et obstétrique.* T. I, p. 239.
1921. Castano. — *Varicocèle pelviano.* — Pressa medica Argentina. Décembre.
1921. Oliver. H. Kelsall. — *Varicoce veins of the broad ligament or varix of the female pampiniform plexus.* — American journal of Surgery. Janvier, p. 8.
1921. Ludwig A. Emge. — *Varicose veins of the femal pelvis.* —Surq. Gynec. and obstetrics, p. 133.
1922. Engelmann. — *Die Varikozele des Ligamentum latum ünd ihre klinische Bedeûtûng.* — Zentr. für gyn. N° 9.
1922. Schubert. — Zentr. für gyn. N° 41.
1923. Cotte et Mlle Jezditch. — *Contribution à l'étude du varicocèle pelvien.* — Gynécologie et obstétrique. T. VII, p. 205.
1924. Castano. — *Varicocèle pelvien, son diagnostic et son traitement.* — Presse médicale. N° 103.
1924. Auvray. — *Varicocèle pelvien.* — Gazette des Hôpitaux, p. 481.
1925. A. Boursier et M. Auvray. — *Précis de gynécologie.* 3e Edition, p. 834.
1925. Courty. — *Le varocicèle pelvien.* — Archives franco-belges de chirurgie. N° 8. Août, p. 666.

Table des Matières

	PAGES
Définition et historique	21
Symphomatologie	25
Discussion des symptômes et diagnostic.	35
Etiologie	43
Anatomie pathologique	55
Traitement	67
Observations	71
Conclusions	81
Bibliographie	83